LA FRANCE MÉDICALE

AVIS. — **Les abonnés nouveaux pour 1891 recevront gratuitement la *France Médicale* jusqu'au 1er janvier.**

SOMMAIRE.

Premier Paris : Le traitement de Koch. — **Dermatologie** : Remarques anatomo-pathologiques et cliniques sur l'état dermographique de la peau, par M. le Dr Paul Raymond. — Zona intercostal, se compliquant d'altérations nerveuses à distance, par M. F. Cartier. — **Médecine mentale** : Recherches sur la résistance électrique du cerveau et sa valeur pronostique dans la mélancolie, par Paul Sollier. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 décembre* 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Correspondance. — Appareil élythro-ptérygoïde. — Déclaration de vacances. Rapports d'élection. — Anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque pour un anus contre nature ombilical compliqué de rétrécissement des deux bouts, succès opératoire. — Toxémie cataméniale héréditaire. — Sur le faible accroissement de la population de la France. — Résection du rectum pour cancer annulaire. Guérison. Récidive. — Rapport sur la vaccine. — Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu. — **Société de chirurgie** : *Séance du 3 décembre* 1890. — Présidence de M. Nicaise. — Résection du genou. — Statistique des opérations faites dans le service chirurgical de Lourcine. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche pris pour une grenouillette. — Lupus du front. — Péritonite tuberculeuse et laparotomie. — Résection double de la hanche. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 28 novembre* 1890. — Présidence de M. Dumontpallier. — Vessie à capacité exceptionnelle chez un sujet atteint de polyurie et de polydipsie. — Le traitement de la diphtérie par la glace. — De l'examen du sang au point de vue de la recherche de l'hématozoaire du paludisme. — **Société clinique de Paris** : *Séance du 23 octobre* 1890. — Présidence de M. le professeur Hayem. — **Variétés** : La mort de Jésus-Christ. — **Nouvelles.**

PREMIER PARIS

Paris, le 4 décembre 1890.

Le traitement de Koch

Il serait facile de remplir les colonnes de ce journal, et bien au delà, avec les détails qui nous arrivent de toutes parts relativement au nouveau traitement de la tuberculose ; mais déjà depuis trois semaines les journaux politiques en ont saturé leurs lecteurs et il nous semblerait fastidieux de reproduire constamment les mêmes faits sans que la conclusion en devienne mieux assurée. Ce qui s'est passé depuis huit jours est d'ailleurs facile à résumer en assez peu de mots.

Les phénomènes produits par l'injection de la lymphe de Koch sont à peu près toujours les mêmes, à peu près seulement, car les exceptions à la règle posée au début se multiplient. Les malades offrent une réaction générale et une réaction locale au niveau de tous les points où existent des tubercules latents ou diagnostiqués déjà, et cette lymphe, à défaut d'action thérapeutique certaine, restera au moins un merveilleux moyen de déceler la présence de tubercules ignorés. Ce sera un précieux moyen de diagnostic ajouté à tant d'autres, mais non le plus rigoureux. En effet, des malades dont les crachats sont remplis de bacilles peuvent ne présenter aucune réaction ni générale ni locale et d'autres malades ont présenté des réactions très vives au niveau de lésions qui n'avaient rien de tuberculeux. Voilà le résumé des faits qui nous arrivent d'Allemagne. La confiance que tout le monde accordait au début à la lymphe de Koch, au moins comme moyen de diagnostic, est donc en train de baisser. Quant à sa valeur thérapeutique, il faut, pour en juger, attendre au moins le premier cas de guérison, et il n'y en a pas encore.

Nous pouvons baser ces appréciations non seulement sur les nouvelles qui nous arrivent d'Allemagne, mais sur les faits observés à Paris, car dans plusieurs services de nos hôpitaux la « lymphe » est régulièrement expérimentée et les résultats sont d'ailleurs absolument d'accord avec ceux observés à Berlin.

M. Péan est le premier qui ait fait faire, jeudi dernier, des injections dans son service de l'hôpital Saint-Louis : tous les malades ont reçu la même dose de substance active, 2 milligrammes. Deux femmes atteintes d'adénite tuberculeuse ont eu, neuf heures après l'injection, une réaction générale assez peu accusée caractérisée surtout par l'élévation de la température qui s'est élevée à 39°,2 et une réaction locale, peu accusée de même, au niveau des ganglions ; ceux-ci sont devenus plus gros et un peu douloureux à la pression, en même temps que la peau rougissait un peu à leur niveau.

Une douzaine de malades atteints d'affections tuberculeuses des os n'ont présenté qu'une faible réaction générale, et chez beaucoup les réactions locales ont été à peine sensibles. Chez quelques-uns la réaction locale ne s'est manifestée que trente-six heures après l'injection.

Chez une dernière malade atteinte de tuberculose pulmonaire et d'ostéite tuberculeuse, on a constaté l'exagération des signes fournis par l'auscultation et une plus grande fréquence de la toux. Enfin, chez un tuberculeux atteint de tuberculose pulmonaire et de laryngite tuberculeuse, il n'y a eu aucune réaction, même après deux injections répétées à trois jours d'intervalle. Il est vrai que la dose de 2 milligrammes n'a pas été dépassée.

Un grand nombre de médecins étaient réunis dimanche dernier dans l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec où M. le professeur Cornil devait montrer les malades qui étaient depuis la veille en traitement. M. Cornil a d'abord insisté sur le manuel opératoire, sur la manière de se servir de la lymphe et de pratiquer les injections. La lymphe de Koch est expédiée en petits flacons bouchés à l'émeri, à tubulure assez large et contenant 5 grammes de liquide. Cette lymphe se con-

serve bien, mais la solution dont on se sert pour les injections s'altère assez rapidement, aussi faut-il la préparer à mesure des besoins.

Pour cela, on prend un litre d'eau distillée additionnée de 5 grammes d'acide phénique cristallisé et stérilisée à l'autoclave par une ébullition un peu prolongée. Au moyen d'une pipette, on prélève 9 centimètres cubes de cette eau phéniquée que l'on met dans une éprouvette graduée; avec une autre pipette, également stérilisée, on prend la lymphe que l'on ajoute goutte à goutte dans le flacon jusqu'à ce qu'il y en ait exactement un centimètre cube. Le mélange se fait ainsi parfaitement. Cette première solution est donc au 10e, elle contient exactement 10 centigrammes de substance active par centimètre cube; elle est légèrement jaunâtre. On prépare de même la solution au 100e avec 9 centimètres cubes d'eau phéniquée et 1 centimètre cube de la solution précédente, puis la solution au 1000e, celle qu'on emploie pour les injections ; celle-ci est complètement claire.

M. Cornil se sert de la seringue de M. Roux, aussi facile à stériliser que celle de M. Koch et plus facile à manier. La seringue de M. Roux se compose d'un corps de pompe en verre sans armature métallique; le tampon est muni d'un piston en moelle de sureau qu'une petite vis permet de serrer à volonté; cette seringue peut être, sans inconvénient, passée à l'eau bouillante. Les injections sont faites dans la région interscapulaire, parce que la douleur y est moins vive qu'ailleurs.

M. Cornil a présenté quatre malades chez lesquels il avait fait des injections variant de 1 à 3 milligrammes. Une femme atteinte de lupus de la face, provenant du service de M. Quinquaud, a présenté une réaction générale et une réaction locale assez intenses; la température a dépassé 40°. Chez un homme atteint d'épididymite tuberculeuse, l'épididyme prit un volume au moins double de celui qu'il avait auparavant, mais il n'y eut aucune réaction du côté de la prostate, qui cependant paraissait également tuberculeuse. Un jeune homme, atteint de lupus de la face, a présenté les réactions habituelles; enfin, chez un malade d'un diagnostic douteux, syphilis ou lupus de la face, il n'y a eu aucune réaction.

Voici maintenant une complication qui ne paraît pas avoir encore été signalée. Chez deux malades qui avaient reçu l'un 5 milligrammes et l'autre 3 milligrammes 1/2, M. Cornil a noté, avec une réaction très intense, de l'hématurie et de l'albuminurie sans qu'il y ait eu auparavant aucune lésion des reins. M. Quinquaud a observé la même complication chez un malade atteint de lupus et auquel on avait injecté 2 milligrammes seulement. Il ne serait donc pas prudent de dépasser la dose de 2 milligrammes.

M. Hallopeau a commencé des injections dans son service de l'hôpital Saint-Louis chez deux malades atteints de lupus. Les réactions ont été conformes à ce que nous savions jusqu'à maintenant. En somme, les faits observés à Paris sont absolument d'accord avec ceux observés à Berlin.

Dans sa conférence de dimanche, M. Cornil n'a pas voulu apprécier les raisons pour lesquelles M. Koch continuait à faire de sa « lymphe » un remède secret; il a constaté seulement que cette manière de faire sortait absolument des habitudes de notre race. La question change de tournure, ce n'est plus Koch qui va continuer à vendre sa lymphe 31 fr. 25 les 5 grammes, c'est le gouvernement allemand lui-même qui, d'après la réponse faite à la Chambre des députés de Prusse par M. Von Gossler, ministre de l'instruction publique et des affaires médicales, va se mettre à vendre ce remède secret. Cette manière de faire contraste de plus en plus avec les habitudes de notre race; aussi, nous attendons l'impression produite dans tout le monde civilisé par le commerce de nos voisins. A. Ch.

DERMATOLOGIE

Remarques anatomo-pathologiques et cliniques sur l'état dermographique de la peau (1).

Par M. le Dr Paul Raymond
Ancien interne des hôpitaux.

On a beaucoup parlé dans ces derniers temps, à propos de la communication de M. Mesnet à l'Académie de médecine notamment (2), de cet état de la peau auquel on a donné le nom d'autographisme ou de dermographie. Je désire communiquer à la Société le résultat de quelques recherches cliniques et anatomo-pathologiques que j'avais faites sur cet état en 1886 lorsque j'étais interne de M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. On voit fréquemment dans cet hôpital des sujets qui présentent cette dermatonévrose, et j'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux quelques photographies et un moulage fort bien fait de M. Barretta, qui proviennent de sujets que j'y ai observés. Les individus qui présentent de la dermographie sont bien moins rares en effet qu'on ne le pense, et cet état de la peau est connu depuis bien plus longtemps que ne l'ont dit quelques auteurs qui font remonter à tort à la malade présentée par M. Dujardin-Beaumetz (observée aussi par M. Mesnet) les premières notions que nous possédions sur l'autographisme (3).

C'est ainsi qu'on trouve dans les Archives de Virchow en 1867, une observation de Hensinger. M. Gull paraît être le premier auteur qui donne un nom à ces troubles vasomoteurs qu'il désigne sous la dénomination d'urticaire factice. Depuis, nombre d'observations ont été publiées aussi bien en France qu'à l'étranger ; les faits sont même, à la vérité, assez communs pour qu'il n'y

(1) Communication à la Société clinique de Paris.
(2) Académie de médecine, 25 mars 1890.
(3) Présentation à la Soc. méd. des hôp., 11 juillet 1879.

ait intérêt à les rapporter que s'ils s'accompagnent de quelque particularité que l'on n'observe pas habituellement. C'est à ce titre que je rapporte les trois observations suivantes, me contentant de les résumer.

I. — Mme Amélie L..., 20 ans, bonne santé antérieure : pas d'antécédents pathologiques. Nerveuse héréditaire. La mère est très nerveuse et a des attaques de nerfs. Elle-même n'en a jamais eu, mais elle se met facilement en colère, pleure et rit sans motifs; ressent par moments une constriction à la gorge avec anhélation. Douleurs de tête au vertex ; névralgies faciales. Epistaxis hebdomadaire depuis l'âge de 15 ans. Hyperidrose palmaire. Lipothymie à la moindre émotion. Sensibilité normale. Pas de zone hystérogène. Un peu de rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche. En somme c'est une hystérique. Le 6 janvier 1887 elle se réveille en sursaut dans un cauchemar et tombe de son lit. Elle a grand'peur de s'être blessée et toute la journée elle ressent un malaise indéfinissable. Depuis lors, prurit continu et assez intense pour lequel elle vient consulter le 15 janvier. Sur la poitrine, on fait apparaître la raie méningitique seule, sur les membres on ne provoque qu'une très faible rougeur à peine perceptible, même en donnant un choc vigoureux sur la peau avec un instrument mousse. Sur le dos seul, entre les épaules, on voit apparaître la dermographie qui est surtout appréciable à la lumière oblique et au passage du doigt en ce point. Cette dermographie n'existe pas ailleurs. Dans les deux semaines suivantes, premières attaques d'hystérie franche. Disparition des troubles vasomoteurs vers le milieu de février.

II. — Delphine C..., salle Alibert, n° 11. Hystérique sans attaques. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche. N'avait jamais eu d'urticaire ni d'affection cutanée. Le 20 octobre, violente émotion : dispute, pénible impression, etc., 15 jours après, s'aperçoit que des démangeaisons surviennent le soir, une demi-heure environ après qu'elle s'est couchée. Elle se gratte et elle remarque alors que sur les rougeurs correspondant aux points frottés surviennent des élevures blanches. Les démangeaisons empêchent tout sommeil, le jour, elle ne ressentait rien. C'est un bel exemple d'urticaire dite hystérique. Je n'insiste pas. Dermographie sur tout le corps, sans différence entre le côté anesthésié et le côté sain.

La malade passe cinq semaines à l'hôpital et pendant son séjour elle a continuellement ressenti cette hyperesthésie cutanée, faisant apparaître par le moindre frottement les saillies ortiées. La dermographie est moins prononcée aux membres inférieurs mais on l'y provoque néanmoins. J'insiste sur ce fait que le malade n'a jamais eu d'urticaire vulgaire et qu'elle n'avait eu avant son émotion aucun trouble cutané, aucun phénomène d'hyperesthésie de la peau ni d'urticaire factice. Au moment où elle quitte l'hôpital, il y a certainement de l'amélioration ; les saillies ortiées que provoque la malade, de même que l'élevure de la dermographie, sont bien moins prononcées. On a employé chez elle les médicaments vasomoteurs (valériane, belladone, ergotine) et les courants continus (15 milliampères pendant un quart d'heure sur la colonne vertébrale). Je ne sais ce que cette femme est devenue.

III. Eugénie D..., 22 ans, sans antécédents pathologiques, nerveuse, non hystérique. Hyperidrose palmaire. En électrisant le nerf cubital dans la gouttière olécrânienne, on voit aussitôt apparaître dans la paume de la main du même côté, commençant par les deux derniers doigts, et quelques secondes après dans la main opposée, une sueur profuse. Les mêmes phénomènes se produisent mais moins rapidement et moins prononcés, lorsqu'on électrise le radial et le médian aux lieux d'élection.

Mlle D .. présente depuis six ans des marbrures violacées aux membres. Depuis le même temps, asphyxie locale des extrémités : phénomène du doigt mort plusieurs fois par semaine, surtout pendant l'hiver. Il y a quelques années elle s'aperçoit un jour qu'une égratignure qu'elle s'était faite en mettant son chapeau s'était surmontée d'une élevure blanche. La dermographie est des plus intenses, ainsi qu'en témoigne ce moulage qui a été pris sur cette jeune fille. Je pourrais encore citer plusieurs autres observations, l'une entre autres que j'ai prise dans le service de mon maître, M. Lancereaux. C'était un individu alcoolique, entré dans le service pour un accès de delirium tremens. Pendant tout son accès il présenta de la dermographie. J'ai remarqué depuis le même phénomène chez plusieurs alcooliques chroniques en état d'excitation. Chez eux la dermographie cesse lorsque l'état aigu est passé, mais il reste habituellement, ainsi que cela se voit chez la plupart des alcooliques, un état spécial d'irritabilité de la peau : hyperesthésie cutanée, prurit, dermalgie, raie méningitique, etc.

Pour résumer les trois observations précédentes, je dirai que chez la première de mes malades la dermographie était survenue comme phénomène prémonitoire d'attaques hystériques, à la suite d'une vive émotion : la localisation dans ce cas est aussi à signaler chez la seconde, la dermographie coexiste avec de l'urticaire dite hystérique, qui n'est en somme pas le même phénomène. Dans ce cas il y avait tendance à disparaître de ce trouble vasomoteur, lorsque la malade a quitté l'hôpital : cette disparition avait été obtenue chez la première malade. Chez la troisième de mes malades, il n'y a pas d'hystérie à proprement parler, mais des antécédents d'arthritisme, des troubles des fonctions sudorales et de l'asphyxie locale des extrémités.

La dermographie ne se présente pas toujours à ce degré d'intensité, tel qu'on peut reproduire par un moulage ou par la photographie les caractères tracés sur la peau. Il y a tous les degrés entre cet état et la simple raie rouge que l'ongle trace sur la peau. Lorsqu'elle est peu accusée il y a un siége d'élection où on peut toujours la reconnaître ; c'est sur le dos entre les épaules. Alors même qu'elle est généralisée, qu'elle existe sur les membres, on la trouvera toujours plus accentuée en ce dernier point.

Parfois, il faudra regarder à jour baissant les caractères tracés, ou encore chercher à les reconnaître par le toucher. En général, la dermographie est moins accusée aux membres inférieurs que partout ailleurs. Sur les membres, on la produit moins facilement du côté de l'extension que du côté de la flexion. Il faut, pour la faire apparaître, une excitation directe et de quelque force, c'est ainsi par exemple que le pli des vêtements, les constrictions qu'ils déterminent sur la peau, ne suffisent pas pour faire apparaître des élevures ortiées,

contrairement à ce qui se produit dans l'urticaire ordinaire.

En outre, tandis que cette dernière s'accompagne d'une hyperesthésie qui force le sujet à se gratter, tandis que l'élevure ortiée une fois produite, la démangeaison continue, il n'y a rien de semblable dans l'état dermographique : la saillie urticarienne n'est pas prurigineuse. Certains malades peuvent, il est vrai, accuser du prurit (observation I) mais c'est un phénomène nerveux qui marche de fait avec l'état dermographique et ne lui est aucunement subordonné. On sait d'ailleurs que le prurit cutané est une affection des plus communes que l'on rencontre chez un grand nombre d'individus à système nerveux excitable et qu'il ne coexiste pas le plus souvent chez les mêmes sujets avec l'état dermographique. Ce n'est donc pas à la suite du prurit comme dans l'urticaire que dans la dermographie la saillie ortiée se manifeste. Elle ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif : peut-être tout au plus y a-t-il un peu de chaleur au niveau des points sur lesquels on a tracé les caractères. La durée de ceux-ci est très variable : tantôt elle ne dépasse pas un quart d'heure; elle peut même être moindre; d'autres fois la saillie blanche dure deux, trois heures et il faut quatre, cinq heures pour que toute trace du phénomène ait disparu. (Observation III.)

Si, chez les urticariens vrais, le moindre contact suffit parfois pour déterminer la dermographie, les dermographiques au contraire échappent en général aux causes, quelque nombreuses qu'elles soient, de l'urticaire. J'ai interrogé à ce sujet un grand nombre de dermographiques et chez aucun d'eux je n'ai trouvé une urticaire spontanée survenue après l'ingestion de moules, de fraises, par exemple. Il y a là un phénomène intéressant. Chez les dermographiques le système vasomoteur ne répond qu'à une excitation cutanée directe. Aussi me semble-t-il inexact d'appliquer à la dermographie l'appellation d'urticaire factice; il ne s'agit nullement ici d'urticaire. Ce sont deux états morbides qui ont, à la vérité, un système commun, la saillie ortiée, mais voilà tout. De ce que deux processus se traduisent par un même signe, il ne s'ensuit pas qu'ils soient identiques, et il me semble qu'il faut distinguer dans les affections à élevure ortiée comme on distingue dans les affections à bulles ou à vésicules. Que l'on dise papule ortiée factice, provoquée, d'accord; mais parler autrement, c'est confondre le symptôme avec la maladie. La maladie dans l'espèce, c'est la névrose vasomotrice. Elle se traduit par une élevure ortiée et chaque fois qu'elle entrera en jeu elle donnera naissance au même symptôme. Or elle entrera en jeu tantôt sous l'influence d'une toxine (urticaire) tantôt sous l'influence d'un trouble psychique (femmes impressionnables qui se décollètent), tantôt sous l'influence d'un choc direct (dermographie). Chaque sujet réagira à sa manière mais il ne s'ensuit pas que ceux qui réagissent au choc (dermographiques) doivent réagir aux toxines (urticariens).

Il est donc plus logique de dire que de même qu'il y a des dermatonévroses qui se traduisent par des bulles, par des vésicules, par des hémorrhagies, il en est d'autres qui se traduisent par des élevures ortiées et que parmi celles-là il y a de l'urticaire, la dermographie, les saillies ortiées des femmes impressionnables, des hystériques, etc. Nous avons vu dans l'une de nos observations la dermographie coexister avec cette « urticaire hystérique ». C'est bien en effet le même phénomène. La même hyperexcitabilité vasomotrice se traduit à un premier degré par du prurit, de l'hyperesthésie cutanée; à un deuxième degré par la raie rouge plus ou moins étendue et enfin par la saillie ortiée.

C'est en général d'une façon fortuite que les sujets s'aperçoivent qu'ils sont autographiques. C'est à la suite d'un coup, d'une blessure légère qu'ils remarquent pour la première fois que la plaque rouge est surmontée d'une saillie ortiée. De même, c'est souvent par hasard que le médecin remarque que son malade est dermographique, en le percutant, en l'examinant, on voit les traces des doigts se dessiner sur le corps. J'insiste de nouveau sur ce fait, que contrairement à ce qui ce passe dans l'urticaire commune, il n'y a aucune sensation de prurit qui force la malade à se gratter, d'où l'apparition de la saillie ortiée.

J'ai vu chez une malade qui venait à la consultation l'état dermographique de la peau se prononcer beaucoup plus lorsqu'elle était émotionnée, ou lorsqu'elle se trouvait dans la période menstruelle. La dermographie se rencontre peut-être un peu plus souvent chez les femmes que chez les hommes et cela se conçoit en raison de leurs téguments plus excitables et de leur nervosisme. Je rappelle ici ce fait intéressant que la dermographie peut apparaître sur des points anesthésiés, dans l'hémianesthésie hystérique par exemple. L'état dermographique peut être un phénomène passager ou permanent : passager ainsi que cela se voit chez les alcooliques en état d'excitation ou encore chez les hystériques qui sont, si l'on peut dire, en état de poussée permanente et durant des années chez nombre d'individus. Mais il semble que même dans ces cas, la dermographie puisse disparaître. M. Barthélemy m'a cité un fait qui montre la possibilité de cette guérison des troubles vasomoteurs après plusieurs années.

Il y a souvent coïncidence d'autres troubles vasomoteurs et surtout, à ce qu'il m'a semblé, des troubles de fonctions sudorales. J'ai observé la dermographie chez les nerveux, non seulement chez les hystériques et dans ce cas, peut-être plus souvent dans la petite hystérie, mais aussi chez les irritables en général : chez les neurasthéniques, les arthritiques (obèses, migraineux, rhumatisants, etc.). Ce sont là les deux grandes classes de sujets dermographiques. Mais les alcooliques en état d'ivresse, comme je l'ai dit précé-

demment sont souvent autographiques. De même, dans cette affection curieuse que l'on appelle l'urticaire pigmentée, bien que ce nom soit tout à fait impropre et qu'il ne s'agisse pas d'urticaire, on voit apparaître la dermographie soit sur tout le corps, soit seulement au niveau des plaques pigmentées. La dermographie a été signalée encore dans diverses affections de la moelle, syringomyélie (Roth, Schultz, Grasset, etc.) pachyméningite cervicale hypertrophique (Weil) cancer de la colonne vertébrale (Clément) ; dans le zona (Snyster) ; diverses intoxications : chloroforme (Caspary), maladie de Herhlof (Clément) ; diabète (Peter), etc. Je n'insiste pas sur ces faits, y devant revenir dans un travail ultérieur.

M. Vidal a parfaitement étudié, en 1879, l'anatomie pathologique d'une papule d'urticaire (1), les vaisseaux du réseau superficiel et profond du derme sont dilatés et gorgés de sang sans altérations de leurs parois. Ils sont entourés ainsi que les lymphatiques d'une grande quantité de leucocytes. Ceux-ci sont répandus abondamment dans toute l'épaisseur du derme : en certains points, ils forment des amas. Beaucoup sont isolés entre les mailles du tissu conjonctif ; on en aperçoit quelques-uns entre les cellules épithéliales de la couche profonde de l'épiderme.

(1) Communic. Soc. des hôpitaux, 27 juillet 1879.

L'épiderme paraît tout à fait normal. Il subit des altérations analogues à celles des lésions vésiculeuses, dans les cas exceptionnels où il y a formation d'une vésicule sur l'élevure d'urticaire. Ces altérations rencontrées par notre savant maître dans le pemphigus de l'urticaire sont celles qu'un examen biopsique nous a permis de retrouver dans l'élevure dermographique. J'appellerai cependant l'attention sur quelques particularités que j'ai remarquées au niveau de l'épiderme. Au niveau de l'élevure blanche on trouve dans les espaces intercellulaires du corps muqueux une quantité de cellules migratrices. Celles-ci arrivées au niveau de la couche granuleuse se comportent de deux façons différentes. Tantôt, elles soulèvent le stratum granulosum et la couche cornée, s'accumulant ainsi entre les cellules losangiques de la couche granuleuse ; tantôt, c'est la couche granuleuse elle-même qui est séparée en deux parties et c'est en treces couches de cellules losangiques que s'accumulent les globules blancs. On peut le suivre jusque sous la couche cornée de l'épiderme. L'accumulation des leucocytes répond exclusivement à l'élevure blanche centrale : tout autour d'elle, on voit bien dans le corps muqueux des cellules migratrices isolées, mais elles ne se collectent pas comme au niveau de l'élevure blanche : elles affectent en ce point une disposition pyramidale à sommet dirigé vers la couche cornée de l'épiderme.

Les terminaisons des nerfs de la peau dans ces préparations traitées par l'acide osmique étaient absolument normales.

Zona intercostal, se compliquant d'altérations nerveuses à distance (1).

Par M. F. Cartier,
Interne des hôpitaux.

Le nommé G... est pris au commencement d'avril d'une névralgie intercostale qui précède de quelques jours l'apparition d'un zona. L'éruption dure quinze jours et siège environ au niveau des sixième, septième et huitième espaces intercostaux gauches. Par suite des grattages le zona laisse des cicatrices.

Quinze jours après la terminaison de l'éruption, G... ressent des élancements non seulement sur les trajets des nerfs lésés, mais encore à l'épaule, au bras et à la main du même côté. A la fin de septembre, se montrent également des élancements fugaces à la tempe gauche.

Reçu dans le service de M. le Dr Gilbert, suppléant M. le Dr Gombault à l'hôpital Beaujon, le 15 juillet 1890, cet homme présente des troubles moteurs, sensitifs et vaso-moteurs dans une zone bien plus étendue que celle du zona.

Au niveau des marques de l'éruption, nous trouvons les altérations déjà bien décrites à la suite de cette maladie ; c'est-à-dire des parties hyperesthésiées, et d'autres anesthésiées. Un très grand écart dans les différentes parties au point de vue de la perception de deux piqûres ; sur les zones hyperesthésiées, le malade perçoit la sensation de deux piqûres d'épingles à un demi-centimètre, à un centimètre ; sur les zones presque anesthésiées, un écart de cinq à douze centimètres est nécessaire. Nous constatons également des erreurs dans l'appréciation de la chaleur et du froid : tous ces faits sont bien connus.

Mais en dehors du zona, nous trouvons d'abord une zone d'hyperesthésie le long du trajet des nerfs intercostaux droits symétriques aux nerfs intercostaux lésés. Secondement, au-dessus du zona jusqu'à la nuque une hémianesthésie relative occupant l'épaule et le thorax du côté gauche, le bras, l'avant-bras et la main gauche, ces deux dernières régions étant à peu près insensibles à la douleur. La sensibilité calorique est altérée ; le malade perçoit moins facilement la sensation du froid et du chaud au côté malade qu'au côté sain ; ce phénomène est surtout sensible à la main gauche. Disons ici qu'à une faible distance au-dessous du zona, à la région fessière et aux membres inférieurs, il n'y a aucune altération nerveuse ; à la tête et à la nuque, nous n'en constatons également aucune, sauf quelques élancements à la tempe gauche déjà mentionnés. La perception de deux piqûres d'épingles nécessite un plus grand écart au membre supérieur gauche, ainsi qu'au tronc du même côté ; il y a partout une différence de deux à trois centimètres, quelquefois plus, en comparant les régions symétriques. Les organes des sens, œil, ouïe, odorat, goût sont normaux des deux côtés.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Le malade sent une faiblesse musculaire manifeste au bras gauche ; difficulté de le conserver longtemps en l'air, faiblesse de la flexion de l'avant-bras. peu de forces dans les doigts, surtout au médius et à l'index.

Troubles circulatoires très marqués : aspect violacé et marbré de l'avant-bras et de la main gauches : œdème de cette main augmentant dans la position déclive. Très légers troubles trophiques ; la surface de la paume de la main gauche à peine desquamante ; les ongles un peu ternes.

Malgré la parésie du membre supérieur gauche, et les troubles circulatoires, il n'y a pas d'atrophie musculaire nette ; et la mensuration au centimètre donne des résultats absolument identiques dans les régions symétriques.

Troubles de sécrétions : une injection de pilocarpine donne au bout de seize minutes une légère sudation sur le tronc du côté sain, aucune sudation du côté malade.

Les températures locales donnent des résultats différents suivant les régions symétriques, à l'aisselle gauche 37°2, à l'aisselle droite 37°, au pli du coude gauche 36° 1, à droite 36°8, au creux de la main gauche 32°9, à la main droite, 33°1.

La tolérance électrique est bien plus grande au membre supérieur gauche qu'au membre supérieur droit, surtout à l'avant-bras et à la main, cependant la contractilité électrique est à peu près la même aux deux membres, sauf au pouce et à l'éminence thénar gauches, où la contraction réclame une plus grande intensité du courant,

La contractilité musculaire suivant le sens du courant donne des résultats contraires sur les deux membres ; tandis qu'au bras sain il y a augmentation de la contraction à la fermeture du courant au niveau du pôle négatif, il nous a semblé qu'au membre malade les contractions étaient plus fortes lorsqu'on interrompait le courant avec le pôle positif ; cependant la différence est si faible, que nous ne pouvons donner ce dernier résultat comme certain.

Aucune lésion interne : poumons, cœur, tube digestif travaillent librement, rien dans les urines, pas d'artério-sclérose. Cet homme est en parfaite santé, mais se sent incapable de reprendre son métier à la manufacture d'armes de Puteaux à cause de la faiblesse de son bras gauche. Aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être cité ; pas d'intoxication professionnelle.

En somme le zona a été le premier symptôme des accidents nerveux que nous constatons aujourd'hui. En a-t-il été la cause ou simplement la première manifestation ?

MÉDECINE MENTALE

Recherches sur la résistance électrique du cerveau et sa valeur pronostique dans la mélancolie,

Par Paul Sollier (1).

On sait, depuis les travaux de M. R. Vigouroux, de quelle importance est l'étude de la résistance électrique du corps dans le diagnostic du goitre exophtalmique et les indications qu'elle donne au point de vue du traitement électrique de cette affection, suivant qu'elle est ou non combinée à l'hystérie. Ayant eu à traiter dans mon établissement un certain nombre de mélancoliques depuis deux ans, et leur appliquant, outre le traitement hydrothérapique et moral, la galvanisation du cerveau, qui m'a donné dans la plupart des cas de très bons résultats, j'avais remarqué la grande résistance électrique qu'offraient ces malades. Mon ami, le Dr Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière, faisait en même temps la même remarque sur des malades de son service.

A la séance du 28 juillet dernier, de la Société médico-psychologique il communiquait l'observation très intéressante d'une mélancolique qui présentait en outre un goitre exophtalmique fruste, et attirait l'attention sur la diminution de la résistance électrique, qui dans ce cas avait confirmé le diagnostic de la combinaison des deux affections. Il faisait remarquer à ce propos que cette diminution de la résistance électrique chez sa malade avait d'autant plus d'importance que chez toutes les autres mélancoliques, au nombre de six, qu'il avait examinées au point de vue de la résistance électrique, il avait au contraire observé une augmentation de résistance très notable. Chez deux, elle atteignait même 70.000 et 50.000 ohms. Malheureusement ces cas n'ont pas été suivis d'une manière spéciale à ce point de vue, et dans l'un d'eux seulement on constata au moment de la convalescence une décroissance de cette augmentation.

Cette notion de la résistance électrique dans la mélancolie, qui est bien en rapport du reste avec ce que M. Féré signalait en 1888 à la Société de biologie, à savoir l'augmentation de la résistance électrique sous l'influence d'émotions dépressives, cette notion, dis-je, n'avait été signalée jusqu'alors par aucun des auteurs qui se sont occupés du traitement électrique des psychoses (Ardut, Benedikt, Schüle, Neftel, Jolly, etc.). Elle m'a paru d'une grande importance au point de vue du pronostic, question si grave et en même temps si délicate en aliénation mentale qu'on ne saurait trop rechercher tous les moyens d'y arriver.

J'ai donc commencé des recherches méthodiques dont j'aurais attendu plus longtemps pour communiquer les premiers résultats, si l'annonce d'un travail prochain sur la même question ne m'y forçait pas aujourd'hui, ne fût-ce que pour prendre date. Je n'ai, par cela même,

(1) Communication à la Société Clinique de Paris.

pu examiner un aussi grand nombre de variétés de mélancoliques que je l'eusse désiré, ce qui m'aurait permis d'entrer dans plus de détails qui ont encore besoin de confirmation par des expériences ultérieures.

D'une manière générale la résistance électrique est augmentée chez les mélancoliques, mais bien davantage dans les formes stupides, dépressives ou hallucinatoires que dans les formes hypochondriaques ou avec conscience, ce dernier point nécessitant d'ailleurs de nouvelles recherches.

Quoiqu'il en soit, la résistance électrique paraît augmentée d'une façon constante. De plus, et c'est là le point le plus important peut-être à cause de son intérêt pratique, cette résistance varie avec les modifications de l'état mental, et non seulement traduit après coup l'aggravation des troubles psychiques, mais encore, lorsque la maladie marche vers la guérison, apparait souvent comme premier symptôme de l'amélioration avant qu'aucun autre capable d'être mesuré d'une façon appréciables, se soit montré. Des visites prématurées, une sortie fatigante, une aggravation de la dépression sous une influence quelconque, retentissent sur la résistance électrique, et la font augmenter. On peut ainsi représenter graphiquement par une courbe les variations de l'état électrique et par conséquent psychique de ces malades. Dans les formes stupides ou simplement dépressives où les malades ne traduisent par aucun signe extérieur ce qui se passe au dedans d'eux, on voit de quelle importance est la constatation de la diminution graduelle de la résistance électrique, qui indique la marche progressive vers l'amélioration et la guérison possible.

On a l'habitude de mesurer la résistance électrique au niveau du thorax, en appliquant un des pôles sur la colonne cervicale et l'autre sur le sternum. C'est ainsi que M. Séglas a obtenu ses résultats. J'ai pensé que, dans des affections psychiques, il y avait lieu de rechercher la résistance de l'organe malade lui-même, c'est-à-dire le cerveau, aujourd'hui qu'il est prouvé que le courant électrique traverse réellement l'encéphale. J'ai donc mesuré non seulement la résistance électrique au niveau du thorax, mais surtout au niveau du crâne, en appliquant les deux électrodes au niveau des tempes, où la peau est fine et le crâne plus mince et par conséquent où la résistance opposée par les parties recouvrantes est moins considérable. Dans le sens longitudinal, pôle négatif à la nuque et pôle positif sur le front, cette résistance des tissus superficiels est considérable au contraire et, quoique j'aie expérimenté aussi de cette façon, j'ai donné la préférence au courant transversal bi-temporal qui, du reste, au point de vue thérapeutique, m'a donné de bien meilleurs résultats. Dans ces conditions, j'ai trouvé la résistance électrique de l'encéphale très augmentée toujours, traduisant comme je l'ai dit plus haut les variations de l'état psychique et revenant à la normale avec la guérison.

J'ai examiné de plus le temps nécessaire pour atteindre le maximum de déviation du galvanomètre avec un courant donné, me demandant si la résistance ne se manifestait pas seulement par l'augmentation de la force électro-motrice nécessaire, mais encore par l'augmentation du temps que le courant mettait à se propager. En me mettant dans des conditions aussi identiques que possible et en renouvelant presque chaque jour mes expériences dans ce sens, je n'ai obtenu que des variations dépendant des conditions expérimentales, mais que je crois sans valeur au point de vue pronostique ou thérapeutique, au moins pour le moment.

Sous ce dernier rapport, j'ai cependant observé constamment que, dans l'application transversale bi-temporale, en renversant le courant et en faisant une seconde application, on obtient bien plus rapidement la déviation maximum du galvanomètre. On a signalé du reste ce fait de la moindre résistance au courant d'un tissu préalablement traversé par un courant de sens contraire. Mais je ne crois pas qu'on ait indiqué que le courant appliqué la seconde fois après renversement se propage avec beaucoup plus de rapidité. Ceci prouve en tous cas que l'appréciation de temps nécessaire au passage du courant peut avoir son importance dans l'étude de la résistance en général, et plus spécialement dans le cas qui nous occupe. C'est donc un point à réserver et qui demande de nouvelles recherches. En tous cas, j'ai constaté d'une façon presque constante que le courant renversé (dans la seconde application bi-temporale), quelle que fût d'ailleurs la situation respective des deux électrodes dans la première application, était doué d'une action beaucoup plus efficace que le premier courant, si prolongée que fût l'action de celui-ci.

En terminant je dois dire que l'augmentation de la résistance électrique du crâne a toujours été accompagnée d'une augmentation semblable au niveau du thorax. Mais la marche des deux résistances n'est pas parallèle et les limites entre lesquelles oscille celle du crâne paraissent plus resserrées que pour celle du thorax. Tandis que, chez l'une de mes malades, la résistance du crâne a varié de 5.700 ohms au début à 2.900 lorsqu'elle est sortie guérie, soit de 2 à 1, sa résistance au niveau du thorax est tombée de 45.000 ohms à 5.000, soit de 9 à 1.

On fera bien en tous cas d'examiner concurremment les deux résistances, céphalique et thoracique, qui se contrôleront réciproquement. Mais du moment que l'on sait que l'augmentation de la résistance électrique est aussi probante au niveau du crâne qu'au niveau du thorax, il est plus avantageux de mesurer la première, l'opération se faisant en même temps que le traitement et évitant ainsi au malade et au médecin la fatigue d'une opération spéciale. Il n'en est pas moins utile de faire cette dernière de temps à autre pour juger plus aisément peut être des modifications survenues, grâce

aux écarts plus grands de la (résistance thoracique.

En résumé : 1° L'*augmentation* de la résistance électrique paraît un phénomène constant dans la mélancolie.

2° Cette augmentation varie avec les améliorations et les aggravations, même passagères, de l'état mental.

3° Sa décroissance progressive indique, quelquefois avant tout autre signe, une tendance à l'amélioration et à la guérison, d'où son importance au point de vue du pronostic.

4° La décroissance se fait simultanément pour la résistance thoracique et céphalique, mais dans un rapport différent pour les deux, d'où l'utilité de les mesurer chacune.

5° La résistance électrique céphalique étant en rapport avec l'état psychique et paraissant d'autre part diminuer sous l'influence de la galvanisation cérébrale appliquée suivant certaines règles, il y a utilité à soumettre les mélancoliques au traitement galvanique, concurremment avec les autres traitements applicables en pareils cas (hydrothérapie, sédatifs, sinapisation générale et traitement moral).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1890. — Prés. de M. Moutard-Martin.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Ch. Auffret, médecin en chef de la marine, qui se porte candidat au titre de correspondant de l'Académie dans la 2e division (chirurgie) ; 2e trois plis cachetés relatifs au traitement de la tuberculose pulmonaire, déposés par MM. les Drs Lazerat (de Paris), de Pezzer (de Paris) et Gauthier (de Lyon) ; 3° une note relative au traitement de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Eug. Labbée (de Paris) ; 4° un pli cacheté adressé par le Dr Garrigon (de Paris).

Appareil élythro-ptérygoïde. — M. Chassagny (de Lyon) présente le dernier modèle de son appareil élythro-ptérygoïde avec lequel il lui est possible de dilater le col sans effusion de sang, même dans le cas de placenta prævia, il peut de même arrêter instantanément les hémorrhagies post-puerpérales (Comm. MM. Tarnier, Guéniot).

Déclaration de vacances. — M. le Président déclare vacantes deux places de membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire en remplacement de M. Goubaux décédé, et dans la section de physique et de chimie médicales en remplacement de M. Gavarret, décédé.

MM. Empis et Marc Sée sont adjoints aux membres de la section de médecine vétérinaire pour faire partie de la commission d'élection dans cette section.

Rapports d'élections. — M. le Président rappelle à l'Académie qu'elle a décidé il y a quinze jours, *en comité secret*, que, *désormais*, les rapports d'élections devront être faits sur tous les candidats quel que soit le nombre de ceux-ci, la liste de présentation restant limitée à six noms.

Anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque pour un anus contre nature ombilical compliqué de rétrécissement des deux bouts, succès opératoire. — M. Chaput lit cette note au nom de M. Terrillon et au sien.

Il s'agit d'une malade de 58 ans, porteur d'un anus contre nature ombilical survenu en 1888 à la suite d'une hernie étranglée et gangrénée. L'élimination des parties sphacélées avait oblitéré le bout inférieur et rétréci le bout supérieur qui ne mesurait plus que quelques centimètres de diamètre.

En présence de ces lésions complexes, au lieu d'employer l'entéro-anastomose ou la résection, nous avons préféré l'entéro anastomose entre l'intestin grêle et l'S iliaque.

Nous employâmes d'abord le procédé de la pince imaginée par l'un de nous. Le 12 juin 1890 nous fîmes une laparotomie médiane qui nous permit d'amener dans la plaie la fin de l'intestin grêle et l'S iliaque qui furent adossés l'un à l'autre sur une hauteur de 5 cent. puis fixés au péritoine pariétal. La plaie fut entièrement fermée en haut et en bas. Une petite incision de 1 cent. perfora chacune des deux anses exposées dans la plaie médiane.

Le 21 juin introduction des deux mors d'une pince dans chaque intestin. On serre la crémaillère afin que le sphacèle des parois contiguës fasse communiquer largement les deux viscères.

Après la chute de la pince, les matières passant pendant quelques jours par l'anus vrai, reprennent leur cours habituel par la plaie médiane.

Deux nouvelles applications de pinces furent faites le 9 juillet et le 30 juillet sans plus de succès.

Pour forcer les matières à passer par le rectum, nous faisons le 14 août une tentative d'oblitération de l'orifice intestinal médian, par le procédé de l'abrasion et de la ligature en masse. Mais la suture est insuffisante et l'on constate avec le doigt que la brèche s'est refermée en partie et que l'éperon s'avançant jusque vers la peau empêche le passage dans l'S iliaque.

Le 12 septembre, nous exécutons l'entéro-anastomose en un seul temps, par le procédé de Wolfler : les deux intestins accolés ensemble sont libérés de la paroi et tirés en dehors. A partir de l'orifice fistuleux nous faisons aux ciseaux, sur chaque viscère, une fente de 5 à 6 cent. Nous suturons alors les lèvres qui se correspondent, de façon à faire communiquer largement les deux conduits (un plan de suture muco-muqueuse et un second plan séro-séreux de Gussenbauër).

La fistule est comprise dans la suture et la fermeture est, par conséquent, hermétique.

L'opérée guérit admirablement ; au bout de quelques jours, elle allait à la selle par l'anus vrai, et elle eut, depuis lors, une selle normale chaque jour. De temps en temps, quand la malade avait un peu de diarrhée, quelques matières passaient par l'ombilic, mais jamais rien ne s'écoula par la plaie médiane.

Malheureusement, ce beau succès opératoire n'alla pas sans complications générales ; la malade, atteinte de lésions rénales, mourut vers le 20 octobre, de cachexie avec œdème des membres inférieurs.

L'insuccès du procédé de la pince est dû à ce que chez cette femme, l'intestin était très épais et surchargé de graisse. La brèche créée par la pince était limitée par des bords épais, rigides au contact, qui se soudaient très vite par le mécanisme des plaies angulaires.

Par contre, l'entéro-anastomose en un seul temps a été certainement bien supérieure dans cette circonstance.

Toxémie cataméniale héréditaire. — M. Henrot (de Reims)

Une femme de 20 ans, mise au monde par M. Henrot et qui a toujours joui d'une très bonne santé, est accouchée à terme d'une fille bien portante qu'elle a allaitée. Deux mois après l'accouchement se produit, sur la vulve et sur la partie supérieure et interne de la cuisse droite de la mère, une éruption mal déterminée, ayant beaucoup d'analogie avec l'herpès, qui dura une huitaine de jours et qui ne s'est pas reproduite depuis cette époque. Un mois après environ on voit se développer chez l'enfant, une éruption de forme herpétique dans les mêmes régions que chez la mère, c'est-à-dire à la vulve et à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Cette éruption dure sept ou huit jours, et revient un mois après dans des conditions semblables; elle consiste en deux boutons en haut de la cuisse; ceux-ci se reproduisent ainsi chaque mois en diminuant d'intensité. Bientôt l'enfant est sevrée, mais chaque mois, l'éruption reparaît régulièrement deux jours avant l'apparition des époques chez la mère. Ce fait s'est représenté très régulièrement chaque mois, pendant quinze mois

Il s'agit évidemment d'une intoxication du sang, chimique ou biologique. On n'a pu pratiquer l'examen bactériologique du sang maternel, ni du sang de l'enfant, ni du lait, ni du liquide de l'éruption.

Sur le faible accroissement de la population de la France. M. Léon Colin donne comme exemple l'état des casernes, il y a quelques années et l'état de ces casernes actuellement et en tire les conclusions qui s'imposent relativement à la population civile. La tâche du corps de santé militaire ne sera complète que lorsque l'assainissement des casernes sera complété par l'assainissement des localités. L'intime solidarité des militaires et des civils au point de vue hygiénique est démontrée chaque jour; ce sont là des questions d'intérêt général traitées récemment par M. Brouardel et M. L. Colin s'associe absolument aux conclusions de ce dernier.

M. Le Fort. M. Hardy a fait de l'accroissement de la population une question de race et il a donné comme exemple la Belgique. Il faut distinguer les Wallons et les Flamands, la répartition de la natalité en Belgique ne se fait pas du tout d'après ces races, cette différence est extrêmement peu marquée. Ce sont plutôt les régions voisines de la France dans lesquelles la population s'accroît le moins vite qu'elles soient habitées par des Flamands ou par des Wallons, ce qui tient à nos habitudes et à nos mœurs.

M Hardy a cité la Hongrie. En Hongrie, il y a une très grande natalité, mais aussi une très grande mortalité; ce qui est la cause du faible accroissement de la population de ce pays.

Résection du rectum pour cancer annulaire. Guérison. Récidive. — M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation renvoyée à l'examen de MM. Guyon et Guérin.

Rapport sur la vaccine. — M. Hervieux lit le rapport général sur les vaccinations et revaccinations en 1889.

Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu. — M. H. Hallopeau. De nombreux cas d'intoxication par la cocaïne sont venus, dans ces derniers temps, mettre en évidence les dangers que peut entraîner l'emploi de ce médicament, alors même qu'on l'administre aux doses les plus modérées et montrer qu'il y a lieu, non d'y renoncer, car il rend journellement de réels services, notamment aux chirurgiens et aux oculistes qui l'utilisent dans des conditions où il est le plus habituellement inoffensif, du moins de le restreindre dans des proportions considérables.

Les accidents observés jusqu'ici ont été divisés en deux catégories suivant qu'ils surviennent passagèrement après l'administration d'une ou deux doses du médicament ou qu'ils sont provoqués par son usage prolongé : on distingue ainsi une forme aiguë et une forme chronique de cocaïnisme; nous nous proposons d'établir par un fait que nous avons étudié avec M. le professeur Hardy et plusieurs autres observations personnelles ou étrangères que les troubles caractéristiques du cocaïnisme aigu peuvent se prolonger durant un laps de temps considérable et constituer pour le malade un état des plus pénibles et des plus préjudiciables, sinon dangereux. L'histoire de M. X. nous servira de type pour la description de cette forme prolongée de cocaïnisme aigu; elle peut être résumée ainsi qu'il suit : le 7 mars 1890, M X. reçoit dans la gencive d'une dent que va extraire M. le Dr Aguilhon de Sarran une injection d'environ 8 milligr. de chlorhydrate de cocaïne; il éprouve au bout de quelques instants, d'après la relation de notre confrère, les accidents souvent décrits du cocaïnisme aigu : angoisse précordiale des plus pénibles, pouls filiforme tellement rapide que l'on ne peut en compter les battements et que l'on ne sent pour ainsi dire qu'un frémissement de l'artère; vive agitation, loquacité; le malade s'exhale en d'incessantes lamentations avec une étonnante volubilité, il crie qu'il va mourir; il marche à grands pas, donnant dans le vide des coups de poings d'une manière inconsciente; cet état dure environ 10 minutes : le calme survient et la dent peut être extraite, M. X. peut se relever et rentrer chez lui à pied, mais il se sent profondément accablé et dès lors se produisent les troubles fonctionnels qui vont se prolonger pendant plusieurs mois et rendre durant cette période l'existence du malade extrêmement pénible : ils consistent en un malaise sans rémission, une céphalalgie continue, une insomnie rebelle aux narcotiques, une sensation de mauvais goût dans la bouche, les accès constitués par un état de vertige et de défaillance avec agitation, loquacité, profond abattement, pressentiment d'une mort prochaine : ces accès se renouvellent à plusieurs reprises pendant un mois; tout travail intellectuel est devenu impossible; le malade est hors d'état de faire l'opération d'arithmétique la plus élémentaire; il fait remettre ses affaires; il se sent déprimé; il est en proie à un profond découragement; il éprouve, d'une manière constante des fourmillements et de l'engourdissement dans les mains et les avant-bras qu'il frotte incessamment; deux mois seulement après l'injection une amélioration graduelle mais très lente commence à se produire, les accidents ne cessent entièrement qu'au mois de juillet; ils ont donc duré quatre mois.

Il ne nous paraît pas contestable que ces accidents doivent être rapportés à l'action de la cocaïne, et telle a été également l'opinion de MM. Hardy et Mesnet appelés en consultation. M. X. était, avant l'opération, complètement sain de corps et d'esprit : les troubles ont commencé peu d'instants après l'injection en présentant les caractères habituels du cocaïnisme aigu et ils ont persisté sans se modifier autrement que dans leur intensité; c'étaient les mêmes sensations de défaillance avec état vertigineux, la même prostration physique et morale entremêlée d'agitation, la même loquacité et les mêmes troubles de l'innervation cardiaque pendant les accès. Nous devons dire cependant que plusieurs ont accueilli notre interprétation avec un certain scepticisme : votre fait, disent-ils, est isolé,

on ne peut en tirer de conclusions ; votre sujet est très excitable, l'injection intra-gingivale du chlorhydrate de cocaine n'a été que la cause occasionnelle qui a mis en branle son système nerveux: la dose de médicament injectée a été trop minime pour donner lieu à des accidents aussi graves et aussi persistants; elle a dû nécessairement s'éliminer promptement ; on emploie journellement sans inconvénients graves des doses beaucoup plus élevées.

Examinons la valeur de ces diverses objections.

Notre fait n'est pas isolé : MM. Mannheim et Ricci ont vu des accès analogues se renouveler pendant longtemps ; Mowalt a observé dans les mêmes conditions des vertiges qu'il qualifie de persistants; nous devons à M. François Franck la connaissance d'un fait dans lequel des accidents très semblables à ceux qu'a éprouvées M. X. se reproduisent depuis 4 semaines.

Tous ces sujets peuvent être qualifiés de nerveux : en suit-il que l'on puisse expliquer les troubles qu'ils ont éprouvés par la mise en jeu d'un état névropathique latent? certainement non, car les phénomènes observés ne se rencontrent dans aucune autre névrose connue et, par contre ils offrent une frappante analogie avec ceux qui souvent activent immédiatement l'injection et dont l'origine toxique n'est pas révoquée en doute. Le nervosisme plus ou moins prononcé des sujets constitue seulement une prédisposition dont il ne faut pas méconnaître l'importance.

Il est vrai que les chirurgiens emploient des doses beaucoup plus élevées de cocaïne et qu'ils ne provoquent que rarement des accidents graves : c'est qu'ils pratiquent les injections dans des conditions qui assurent l'élimination rapide de la plus grande partie de la dose injectée ; il en est de même des oculistes.

L'exiguité de la dose qui a suffi à produire chez M. X. des troubles aussi persistants est un fait remarquable, mais non exceptionnel; on a vu la dose de 5 milligr. donner lieu à des phénomènes d'intoxication.

Relativement à l'interprétation physiologique de ces accidents prolongés de cocaïnisme, on peut la résumer dans cette proposition de M. le professeur Hardy : il s'agit d'un empoisonnement des centres nerveux et plus particulièrement du cerveau. On ne peut admettre en effet qu'une dose aussi minime de médicament séjourne dans la circulation; on est nécessairement conduit à admettre, soit qu'elle s'emmagasine dans les cellules de certains centres nerveux, soit qu'elle y détermine des lésions persistantes.

Le pronostic de ce cocaïnisme aigu prolongé est sérieux en ce sens que les troubles éprouvés par les malades sont des plus pénibles et qu'ils peuvent les empêcher de vaquer à leurs affaires pendant plusieurs mois; M. X... apprenant qu'une jeune fille, à Lille, a très vraisemblablement succombé à une intoxication aiguë par la cocaïne, nous écrit : pendant ma longue période de maladie, j'aurais accepté avec enthousiasme le sort de Mademoiselle D..., c'est avec effroi que je me rappelle les souffrance du printemps dernier; quel supplice! Pour rien au monde, je ne voudrais passer de nouveau par un pareil état moral et physique.

Il est de règle de voir les sujets qui ont éprouvé des accidents graves de cocaïnisme en garder une profonde et pénible impression.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° Une seule injection interstitielle de chlorhydrate de cocaïne peut donner lieu, non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles ;

2° Ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instants après l'injection ; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres, et en des accès de défaillance avec vertiges et prostration mêlée à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation ;

3° Des doses minimes du médicament peuvent suffir à les provoquer;

4° Leur durée peut être de plusieurs mois ;

5° On les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable ;

6° On peut les attribuer à une action élective du poison sur certains centres nerveux (Comm.: MM. Panas et Magitot).

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est établie comme il suit : 1° M. Dieulafoy, 2° M. Duguet, 3° M. Kelsch, 4° M. Landouzy.

La séance publique annuelle de l'Académie est fixée au 16 décembre. Après la distribution des récompenses, M. Bergeron fera l'éloge de Chauffard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Résection du genou. — M. Kirmisson veut envisager dans quelle étendue les résections doivent être faites. Chez les enfants on peut faire des résections incomplètes, parcimonieuses, à cause des transformations qui se passent dans l'organisme à cet âge, et il présente un enfant sur lequel il a pratiqué une résection en enlevant à peine le cartilage d'encroûtement. Il existait un noyau osseux situé dans le fémur. Le curage de la cavité, ultérieurement touchée au thermo-cautère, a suffi et la cicatrisation s'est parfaitement faite. Il ne faut pas étendre cette règle à tous les âges de la vie ; mais chez les enfants, la résection parcimonieuse peut suffire.

M. Marchand a pratiqué dernièrement 3 opérations pour tumeurs blanches. Dans la première intervention il trouva un abcès se prolongeant dans le creux proplité et l'amputation fut pratiquée. L'examen attentif des os n'a montré aucune trace de tuberculose. Dans une seconde amputation pour une tumeur blanche suppurée, les coupes ont été encore négatives. Enfin le troisième cas a trait à un enfant. M. Marchand fit la résection du genou et trouva dans le tibia un tubercule enkysté, guéri, qu'il laissa. L'opéré va très bien.

M. Lucas Championnière n'a pas voulu dire dans la dernière séance que tout tubercule d'une articulation ne pouvait pas guérir sans être enlevé. Il y a des cas où le chirurgien est dans l'impossibilité d'extirper toute la lésion tuberculeuse et dans ces conditions, lui-même nettoie le trajet aussi bien que possible et se contente de cela; mais dans les lésions qui ne nécessitent pas une trop grande perte de substance,

il faut tout enlever, et c'est pour cela qu'il ne se montre pas partisan de l'arthrectomie. Autrefois M. Ollier avait érigé en principe qu'il suffisait d'enlever ce qu'on peut des lésions tuberculeuses et de les cautériser pour obtenir la guérison. C'est contre cette idée qu'il a voulu réagir.

Dernièrement il a observé chez un sujet ayant fini sa croissance, un allongement du membre qui tiendrait, suivant lui, au travail du cal. On ne saurait trop insister, d'après l'orateur, sur la rareté des lésions tuberculeuses limitées à la synoviale ; c'est l'os, comme l'a dit M. Berger, qui est le plus souvent atteint. Pour ce qui a trait au raccourcissement, il pense qu'il faut une différence considérable de niveau pour permettre une marche sûre. Quant à la légère flexion du membre, M. Championnière n'en veut pas, car elle est incompatible avec la fatigue et le port de lourds fardeaux.

M. Richelot présente la malade opérée d'arthrectomie et guérie depuis deux ans et demi. Elle a le membre dans une légère flexion et marche très bien et il trouve un peu paradoxal de dire qu'il vaut mieux 5 ou 6 centimètres de raccourcissement qu'un membre légèrement fléchi.

M. Routier a pratiqué 18 résections du genou, et il a eu 17 guérisons opératoires ; le 18e cas a dû être amputé. M. Routier a toujours trouvé les os très malades, ce qui tient peut-être à ce qu'on opère en France très tardivement, la résection ne se trouvant indiquée que dans les cas où on pratiquait autrefois l'amputation. Il n'a jamais trouvé l'occasion de faire une arthrectomie.

M. Routier emploie le drainage et laisse ses malades marcher au bout du 20e jour.

M. Quenu estime que sauf les observations de M. Marchand les synovites primitives fongueuses sont très rares. Elles existent, mais à titre d'exception. Elles seraient même dans certains cas plus graves à cause de leur virulence chez les enfants, il ne faut pas prendre la scie, mais enlever le moins d'os possible en se servant de la curette et en évidant toutes les cavités.

Statistique des opérations faites dans le service chirurgical de Lourcine. — M. S. Pozzi donne la statistique des opérations faites dans son service depuis 5 mois, 83 opérations ont été pratiquées pendant ce laps de temps dont 38 laparotomies. Sur les 38 laparatomies il y a eu 36 guérisons et 2 morts : la première par accidents cérébraux au bout de 2 mois seulement après ablation d'une très gros fibrome; la seconde après une splénectomie. La rate pesait 8 livres. La mort a eu lieu au bout de 48 heures.

Sur 6 hystérectomies vaginales, M. Pozzi a eu 5 guérisons. Le décès s'est produit le dixième jour et à l'autopsie on a trouvé dans le cul-de-sac de Douglas un petit morceau d'ouate qui avait dû se détacher d'une pince.

M. Picqué qui a suppléé M. Pozzi a fait 12 opérations graves dont 10 laparotomies avec 10 guérisons.

Dans une série antérieure M. Pozzi avait pratiqué 30 laparotomies avec 2 morts, ce qui donne 68 laparotomies avec 4 morts. En ajoutant les cas de sa clientèle civile, M. Pozzi arrive à un total de 76 laparotomies avec 5 morts. Ce chirurgien a eu l'occasion de traiter 25 pyosalpynx et n'a eu qu'une seule mort due à une faute opératoire, l'omission du drainage dans un cas de rupture de l'abcès dans le péritoine.

Ce chirurgien pratique une incision très petite et va à la recherche de la tumeur. Quand celle-ci n'est pas considérable, n'est pas plus grosse que le poing, il la décortique, avant de la ponctionner. Il faut prendre garde de léser l'appendice cæcal qui, très souvent, est adhérent à la tumeur salpyngée. M. Pozzi se demande même si la contamination de la trompe n'a pas quelquefois pour point de départ l'appendice cæcal. Deux fois il n'a pu trouver d'autre cause d'infection. Le drainage doit être fait, mais sans tubes, simplement à l'aide de mèches de gaze. Quand cette gaze est très peu iodoformée, il n'y a pas à redouter les accidents d'intoxication qui ont été signalés quand on emploie la gaze ordinaire sans prendre la précaution de la battre pour la débarrasser de l'excédent de l'iodoforme.

M. Pozzi rappelle sa façon de procéder dans la restauration de la paroi abdominale. Il fait la suture à plusieurs plans et constate qu'aujourd'hui beaucoup de chirurgiens ont suivi son exemple. Ainsi il n'y a pas d'éventration, pas de relâchement de la paroi.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche pris pour une grenouillette. — M. Schmidt fait une communication sur ce sujet.

Lupus du front. — M. Schwartz présente un petit malade auquel il a pratiqué le grattage d'un lupus et la restauration par une autoplastie suivant la méthode italienne. M. Schwartz a sectionné le pédicule le 10e jour.

Péritonite tuberculeuse et laparotomie. — M. Routier présente une malade guérie par cette intervention.

M. Schwartz a opéré une malade dans les mêmes circonstances et aujourd'hui, quoique l'intervention date de peu de temps, le liquide s'est reproduit.

Résection double de la hanche. — M. Routier présente un malade qui a bien guéri de la double opération inscrite plus haut.

M. Kirmisson pense qu'il vaut mieux ne pas pratiquer la double résection, mais comme Langenbeck, Bidlon, Volkmann le conseillent, faire l'ostéotomie d'un côté et la résection de l'autre.

M. Quenu présente une **pince à résection intestinale.**

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier

Vessie à capacité exceptionnelle chez un sujet atteint de polyurie et de polydipsie. — M. Duponchel présent un malade porteur d'une vessie peu commune. En une seule miction, il a évacué 3 litres 1/4 d'urine ; la limite supérieure de la matité vésicale avant la miction était à 21 centimètres du pubis, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; l'étendue de la matité dans le sens transversal était également considérable. Avec cette énorme quantité d'urine, l'envie d'uriner est assez vive ; mais, quand la vessie n'en contient que 2 litres, ils sont facilement supportés ; dans tous les cas, elle se rétracte d'une façon normale. C'est un jeune soldat, bien portant, mais polydipsique et polyurique depuis fort longtemps; il évacue 13 litres d'urine par jour. Celle-ci est claire, mais de composition normale.

Il est possible que le sujet, s'étant aperçu de l'aptitude qu'il avait à conserver dans sa vessie une grande quantité d'urine, ait songé à en profiter pour essayer d'échapper au service militaire.

M. Féréol observe en ce moment à l'hôpital un cas fort

analogue chez un jeune homme qui a été pris subitement de cette polyurie et qui est arrivé à uriner jusqu'à 16 litres par jour. La simulation ne paraît pas admissible, car le malade a été sondé toutes les deux heures et la sonde a ramené ces quantités d'urine. Après avoir essayé vainement de tous les médicaments imaginables, on lui a donné un purgatif drastrique. Le lendemain, la quantité d'urine tombait à 5 litres par jour. Ce sujet n'est pas hystérique.

M. Dumontpallier. — Chez un sujet polyurique à 8 litres par jour, que j'ai dans mon service, il y avait en même temps une sécrétion énorme de sueurs, se faisant d'une façon irrégulière. Après l'échec complet de diverses médications (bromure de potassium, valériane, belladone, etc.), on eut recours à l'ergotine. Une injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine arrêta net les sueurs, mais ne modifia pas la polyurie.

M. Hayem n'a jamais vu de polyurie vraie sans azoturie. Il a cru cependant, il y a quelques années, être tombé sur un cas de ce genre; mais il finit par s'apercevoir qu'il avait affaire à un simulateur, qui jetait son bouillon dans son urine. On le renvoya, naturellement, mais il réussit à se faire admettre dans un service de clinique médicale, où on fit, à son sujet, une leçon magnifique — qui a été publiée — sur la peptonurie !

M. Rendu a obtenu avec l'ergot de seigle, à doses croissantes, un résultat parfait dans un cas de polyurie vraie (avec azoturie); mais il a échoué dans d'autres cas, que l'hydrothérapie améliora.

Le traitement de la diphtérie par la glace. — M. Sevestre donne lecture, à l'occasion d'un travail de M. le docteur Bleynie (de Limoges) sur ce sujet, d'un rapport qui se termine par la conclusion suivante :

L'administration de la glace est d'un emploi facile et ne présente aucun danger; elle peut même avoir une action efficace dans l'angine diphtéritique et constitue un *adjuvant* utile du traitement, mais il serait imprudent de se fier exclusivement à ce moyen et on doit en même temps pratiquer l'antisepsie de la gorge.

Toutefois, si l'administration de la glace *peut* prévenir l'envahissement du larynx, il est douteux qu'elle puisse exercer une action très efficace lorsque le croup est déjà constitué.

De l'examen du sang au point de vue de la recherche de l'hématozoaire du paludisme. — M. Laveran lit un travail sur ce sujet et formule les indications suivantes :

Il faut examiner le sang au moment des accès de fièvre et chez des malades qui n'ont pas pris de quinine depuis quelque temps.

L'examen peut se faire sur le sang frais ou sur le sang desséché.

Le sang est obtenu par la piqûre du doigt préalablement lavé : on se sert pour cela d'une aiguille flambée.

On recueille la goutte de sang qui sort de la piqûre sur une lamelle qu'on recouvre immédiatement d'une autre lamelle; la préparation doit être très mince.

L'examen du sang frais doit être fait à la lumière naturelle; pour reconnaître les parasites, on se servira d'un bon objectif à sec.

Les flagella s'observent le plus souvent sur les bords des corps sphériques pigmentés libres.

Pour faire l'examen du sang desséché, on fait glisser l'une sur l'autre les deux lamelles entre lequelles a été déposée la gouttelette de sang; cela fait, on les sépare et on laisse le sang se dessécher à leur surface. Lorsque la dessiccation est presque complète, on passe trois fois les lamelles dans la flamme d'une lampe à alcool.

Les préparations de sang ainsi desséché peuvent être examinées telles quelles sans coloration ; les corps en croissant sont très visibles ; mais pour mettre en évidence les corps sphériques, il est nécessaire d'employer les réactifs colorants. Pour cela, on verse à la surface de la lamelle quelques gouttes d'un mélange, à parties égales, d'alcool et d'éther, puis on colore par le bleu de méthylène en solution aqueuse concentrée, on lave rapidement à l'eau distillée et on sèche.

Sur ces préparations, les noyaux des leucocytes sont colorés en bleu foncé, les corps sphériques libres ou adhérents aux hématies se colorent en bleu pâle, les corps en croissant se colorent à peine.

Les préparations de sang desséché et coloré seront examinées comme les préparations de sang frais, ici encore c'est la lumière naturelle qui est la meilleure avec un bon objectif à sec.

L'examen du sang frais permet seul de constater l'existence des flagella ; et lorsqu'on a l'habitude de la recherche des hématozoaires, il donne les meilleurs résultats, mais l'examen du sang desséché et coloré est plus facile et a le grand avantage de donner des préparations persistantes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 23 octobre 1890. — Présidence de
M. le Professeur Hayem.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. A l'occasion du procès-verbal, M. Hallopeau commudique à la Société plusieurs cas de *rubéole* qu'il a observés dans le courant de l'année, ils se sont produits dans deux familles habitant l'une et l'autre le VIII[e] arrondissement.

Le 7 mai, il est appelé auprès du jeune P. âgé de 10 ans : l'enfant après trois jours de malaise sans fièvre, présente depuis le matin une éruption morbilliforme ; elle est déjà généralisée ; les ganglions rétro-auriculaires sont tuméfiés et légèrement douloureux; les symptômes généraux sont nuls ainsi que les troubles fonctionnels ; l'enfant a conservé son appétit ; un élève de sa classe, au lycée, avait eu une éruption semblable.

Le 24 mai, Mme P., mère de l'enfant, éprouve du malaise, de l'abattement, des douleurs dans les membres, avec sensation de lassitude et de faiblesse. Les ganglions sous-occipitaux et rétro-auriculaires deviennent douloureux, au point de gêner les mouvements du cou ; Mme P. va néanmoins au théâtre. Le lendemain le malaise augmente et Mme P., qui est encore sortie, a grand peine à remonter ses étages.

Le 28 survient un coryza intense ; pendant six heures, il se fait par les narines un écoulement très abondant de liquide séreux ; cependant Mme P. va de nouveau au théâtre, ce soir même; pendant la représentation, l'éruption apparaît au visage et sur le tronc.

Le 29, elle occupe toute la surface du corps, elle est

identique à celle de la rougeole; la tuméfaction des ganglions rétro-auriculaires et sous-occipitaux persiste; le malaise générale a cessé, la température est à 36°,8, le pouls à 70; la maladie a été constamment apyrétique.

Le 27 mai, la fille de Mme P., âgée de 6 ans, se réveille avec une éruption morbilliforme, elle a éprouvé un léger malaise le 23 et le 24; un coryza intense s'est produit en même temps que l'éruption; les ganglions rétro-auriculaires sont tuméfiés et douloureux à la pression; la fièvre est nulle; l'appétit est conservé; le 29, l'éruption a disparu à la face; elle a pâli et est très effacée au tronc et aux membres.

Ainsi, trois personnes d'une même famille ont eu successivement une même éruption nettement morbilliforme, sans trace de réaction fébrile; elle a été précédée de prodromes d'une durée égale à ceux de la rougeole, mais sans les phénomènes de catarrhe qui la caractérisent; au moment de l'éruption seulement, il est survenu du coryza, sans larmoiement et sans bronchite, constamment les ganglions rétro-auriculaires ont été tuméfiés : ces caractères positifs et négatifs montrent qu'il s'agit d'une affection distincte de la rougéole, bien qu'elle s'en rapproche beaucoup par l'aspect et la marche de l'éruption ainsi que par la durée des prodromes et le catarrhe intense de la pituitaire. La durée de l'incubation chez Mme P. et sa fille, paraît avoir été de 17 jours, elle serait donc un peu plus longue que celle de la rougeole.

Dans la famille J., deux personnes ont été atteintes de cette même maladie. A partir du 1er juin, M. J. âgé de 14 ans, éprouve un peu de malaise, il continue néanmoins à aller à l'école de la rue de Madrid.

Le 4, au matin, ses camarades s'aperçoivent qu'il a des taches sur la figure, c'était pendant la récréation, alors qu'il jouait avec entrain; il déjeune de bon appétit, il n'éprouve aucun malaise; il a eu la veille une légère épistaxis, *ses ganglions rétro-auriculaires sont tuméfiés et douloureux* depuis la veille; les caractères de l'éruption sont nettement morbilliformes; à la face, les taches rouges sont légèrement saillantes. Les jours suivants, l'éruption pâlit et s'efface rapidement. L'apyrexie a été complète pendant toute la durée de la maladie.

Le 20 juin, X..., domestique chez Mme J..., éprouve une rachialgie assez intense pour la priver de sommeil; le lundi 23, ses ganglions rétro-auriculaires se tuméfient et deviennent douloureux; elle n'a ni fièvre, ni phénomènes de catarrhe; le 23 elle accuse de la céphalalgie; le 24 apparaît une éruption morbilliforme; elle débute par les parties latérales du cou et derrière les oreilles; elle se généralise rapidement, *la fièvre est nulle*. Ici encore la durée de l'incubation paraît avoir été de vingt jours.

Ces faits sont analogues à ceux qui ont été communiqués à la société des hôpitaux; comme nos collègues, nous ne doutons pas qu'ils n'appartiennent à un type voisin, mais différent de la rougeole : si, en effet, il s'en rapproche beaucoup par la durée des prodromes, les caractères de l'éruption et le catarrhe de la pituitaire, il en diffère par l'absence habituellement complète de fièvre; on ne peut le considerer comme une forme atténuée de la rougeole, car il a des caractères qui n'appartiennent pas à cette maladie : nous signalerons surtout à cet égard, cette tuméfaction douloureuse des ganglions rétro-auriculaires qui existait chez nos 5 malades; il s'agit donc bien d'une maladie nouvelle, du moins en France, car elle a été depuis longtemps décrite à l'étranger.

M. Raymond. J'ai observé en 1888 (1) une épidémie de rubéole chez quatre enfants d'une même famille. Les trois aînés avaient eu la rougeole deux ans auparavant; chez eux la rubéole fut d'autant plus bénigne qu'ils avaient été éprouvés davantage par la rougeole, mais ils avaient été d'autant plus fatigués de cette dernière qu'ils étaient moins avancés en âge. Il ne m'était donc pas permis de dire si une atteinte antérieure de rougeole rendait plus bénigne une rubéole ultérieure et j'attendis que la dernière enfant eût la rougeole. Elle avait eu en effet une rubéole des plus bénignes. Elle vient d'avoir la rougeole il y a trois mois et chez elle la maladie a évolué normalement avec une intensité moyenne. Il semble donc qu'aucune de ces affections n'ait d'influence sur l'évolution de l'autre, vaccine contre elle ou en modifie la gravité. Les deux principes infectieux sont indépendants.

Dans une thèse récente sur la rubéole, je suis accusé, je ne sais pourquoi, de confondre la rubéole avec la roséole idiopathique. Je crois, au contraire, que ces deux affections diffèrent autant entre elles que la rubéole diffère de la rougeole.

M. Cartier présente un malade qui, à la suite d'un zona intercostal gauche, présente des troubles d'apparence névritique, particulièrement développés dans le membre supérieur correspondant. (V. ci-dessus, p. 773).

M. Gilbert. J'ai engagé M. Cartier à porter ce fait devant la Société pour deux raisons : 1° il y a d'abord la rareté du fait; il n'est pas banal de voir un zona ordinaire entraîner à sa suite une parésie motrice et vasomotrice dans la sphère malade et dans le voisinage; on a observé des accidents assez analogues à la suite du zona ophtalmique ou cervical, mais ces accidents étaient régionaux et partant moins étranges; 2° l'histoire de notre malade soulève une question pathogénique intéressante, la nature et le siège de la lésion causale, la relation éventuelle avec l'hystérie; nous serions heureux d'avoir à ce sujet l'avis de la Société, surtout des membres qui se sont occupés plus spécialement de ce genre d'affections nerveuses.

M. Hayem. L'hésitation des présentateurs n'est que trop excusable; on ne peut faire ici que des hypothèses. Mais, à s'en tenir à la simple filiation des lésions, il ne paraît pas douteux que la névrite légère du zona ait

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, mars 1888.

retenti sur des plexus voisins, vraisemblablement par un mécanisme réflexe, ou mieux par l'intermédiaire d'une névrite ascendante et d'une lésion centrale.

M. Raymond présente, avec moulage et photographies à l'appui, des remarques anatomo-pathologiques et cliniques sur l'état dermographique de la peau. (V. ci-dessus, p. 770.)

M. Feulard. On a pu voir ce phénomène dermatologique durer encore plus longtemps que ne l'a marqué M. Raymond. Un malade de M. Duguet se faisait recevoir à l'hôpital après s'être, pour ainsi dire, fabriqué des maladies de la peau ; il avait été envoyé à Aubervilliers avec présomption d'une variole. J'ai vu chez M. Fournier un autre malade qui était dermographique et hystérique ; il portait un vrai lichen plan. Peut-être y a-t-il là un document à faire intervenir dans les discussions sur la nature neuropathique du lichen plan.

M. Hallopeau. M. Raymond repousse l'assimilation de l'état dermographique avec l'urticaire. Peut-être ce jugement pourrait-il être revisé. Entre les types extrêmes de ces lésions, il y a place pour une série d'états spontanés ou provoqués dont le seul lien effectif est l'altération cutanée urticarienne. C'est le cas où jamais, semble-t-il, de se baser moins sur la cause que sur la lésion élémentaire pour grouper les faits.

M. Hayem. A-t-on essayé dans les faits de M. Raymond de produire l'état dermographique par suggestion, de même qu'on a suggestionné d'autres lésions, même des phlyctènes? Y a-t-il eu des tentatives thérapeutiques?

M. Raymond. Je n'ai pas essayé la suggestion. En ce qui concerne le traitement, les courants continus n'ont amené aucune amélioration et ont seulement déterminé une papule ortiée au point d'application des électrodes.

M. Hallopeau fait une communication sur un cas de nævi kérato-pilaires distribués suivant des trajets nerveux et présente un moulage des localisations brachiales. (V. *France méd.* n° 48, p. 758.)

M. Lejars lit une observation d'appendicite perforante suraiguë. (V. *France méd.*, n° 44, p. 689.)

M. Feulard. J'ai observé un cas analogue chez un infirmier de l'hôpital Saint-Martin. Après quelques jours de douleurs de ventre, progressivement aggravées, ce malade prit un lit et mourut le jour même après quelques heures d'hospitalisation. On trouva, à l'autopsie, l'appendice perforé, un haricot dans le péritoine et une inflammation suppurée de la séreuse.

Les secrétaires des séances,
Besançon, Girode.

VARIÉTÉS

La mort de Jésus-Christ.

Le Dr C.-C.-P. Clark, d'Oswego, publie dans le *Medical record*, de New-York, un intéressant article de critique médico-biblique.

Il admet tout d'abord que, selon toute vraisemblance, Jésus-Christ n'est pas mort par le seul effet de sa mise en croix. Ce mode de supplice était très employé chez les Romains, chez les Juifs et dans d'autres nations de l'antiquité, et il lui paraît abondamment prouvé, ce qui est d'ailleurs en rapport avec ce que nous savons de la résistance de l'organisme, que, lorsque la victime était d'une santé ordinaire, elle survivait à cette torture de deux à quatre ou cinq jours. Or, Jésus ne fut crucifié que pendant plusieurs heures, 6 au maximum, car lorsque, à la 9e heure, c'est-à-dire à 6 heures de l'après-midi, on alla demander à Pilate ce qu'il fallait faire de son corps, il fut très étonné d'apprendre que la mort était déjà accomplie. (Marc. XV, 44.)

L'orthodoxie enseigne que lorsque Jésus fut descendu de la croix par Joseph d'Arimathie et placé dans le sépulcre taillé dans le flanc du rocher, il était réellement mort. Du moins les soldats, envoyés pour achever le supplicié en lui brisant les jambes, le considérèrent bien comme tel.

Sans nous arrêter au caractère miraculeux ou surnaturel de toute cette histoire, prenons, sans opinion préconçue, la narration de l'évangile et voyons les déductions que l'on peut en tirer :

Les évangélistes racontent, sans préciser le moment, que Jésus-Christ rendit l'âme sur la croix. Il s'agissait sans doute d'une syncope produite par son état d'épuisement et d'abattement et par le découragement qu'il devait éprouver en prononçant ces paroles : « Eli, Eli, lamma sabacthani », c'est-à-dire : Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'avez-vous abandonné (Marc. XV, 34). Il est possible, d'autre part, qu'il ait voulu se soustraire aux cruautés qu'on lui avait déjà fait subir en lui offrant, pour apaiser sa soif, une éponge trempée dans du vinaigre.

Quoi qu'il en soit, lorsque les soldats vinrent pour achever les victimes en leur brisant les jambes, ils se bornèrent à briser celles des 2 voleurs crucifiés aux côtés de Jésus ; quant à lui, ils le trouvèrent dans un état que des gens ignorants pouvaient facilement prendre pour la mort. Jésus, en effet, était déjà très épuisé par le jeûne et par l'inquiétude et il était d'une nature particulièrement sensible.

L'évangile selon saint Jean (XIX, 32-37 et XX, 27) donne une explication satisfaisante du mystère : « Or, comme c'était la veille du sabbat, et que ce sabbat était fort solennel, afin que les corps ne demeurassent point sur la croix pendant ce jour, les Juifs demandèrent à Pilate qu'on leur rompît les jambes et qu'on les enlevât. Des soldats vinrent donc et rompirent les jambes au premier et à l'autre qu'on avait crucifiés avec Jésus. Puis, s'étant approchés de lui et croyant qu'il était déjà mort, ils ne lui rompirent point les jambes, mais l'un d'eux lui ouvrit le côté d'un coup de lance et aussitôt il en sortit du sang et de l'eau ».

La physiologie permet d'affirmer que puisque cette blessure a donné du sang, Jésus-Christ n'était réelle-

ment pas mort, d'autre part, la plaie ayant donné de l'eau, on peut admettre qu'elle a porté sur la vessie. Cette blessure ne devait pas compromettre immédiatement l'existence. Elle pouvait assurément permettre à Jésus de marcher ou au moins d'être transporté et de se montrer de temps à autre les jours suivants ; néanmoins, la chirurgie antiseptique n'était pas très florissante à cette époque et Jésus, forcé de se cacher, n'a dû recevoir que des soins assez précaires ; sa plaie a donc pu avoir une issue fatale au bout d'un certain temps.

Cette explication de la pseudo-résurrection de Jésus après sa mort supposée sur la croix est en somme assez plausible. Transporté par les soins d'amis fidèles dans une tombe fraîche et placé dans la position horizontale, il est sorti au bout de quelques heures de son état de syncope et a pu gagner une retraite choisie laissant dans le tombeau son linceul que Marie, mais non Simon-Pierre, prit pour la robe blanche d'un ange. Il passa là ses derniers jours, se cachant soigneusement de ses ennemis mais se montrant à quelques-uns de ses plus fidèles disciples.

M. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Jolyet, professeur de médecine expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de physiologie à la même Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — M. Wertheimer, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Lemoine, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à la même Faculté.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le Pr Brouardel.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire en France. Pendant la semaine dernière, 55 navires sont entrés dans nos ports ; 970 voyageurs venaient d'Espagne ; 53 opérations de désinfection ont été pratiquées.

Aux deux postes sanitaires de Cerbère et de Hendaye il est passé, du 19 au 25 novembre, 2,089 voyageurs arrivant d'Espagne, et l'on a opéré 372 désinfections.

M. Monod donne ensuite communication de l'état des entrées et de la mortalité par maladies transmissibles dans les hôpitaux de Paris et de Lyon.

M. le Dr Proust rend compte de la situation sanitaire à l'étranger. Le choléra semble s'éteindre en Espagne. Du côté de la Syrie la situation est toujours grave. L'extension de l'épidémie cholérique vers le nord par Adana et Sivas menace la mer Noire du côté de Samsoum. Dans le midi, l'épidémie se rapproche toujours de Damas, de Beyrouth et du Liban. Le vilayet d'Adana est compromis par le port de Mersine, où l'on a constaté un décès cholérique le 15 courant. Enfin, Tripoli et Latakieh sont menacés. Il y a eu à Constantinople, le 13 novembre, sur l'ordre du sultan, une séance extraordinaire du conseil de santé, en vue de renforcer les mesures de prophylaxie contre la marche du choléra en Syrie.

M. le Dr Proust communique ensuite au comité une note qui lui a été adressée de Berlin par M. le Dr Netter, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté et chef du Laboratoire d'hygiène. Voici cette note :

« Les premières applications de la méthode Koch au traitement de la tuberculose chez l'homme ne remontent pas à plus de trois mois et il n'y a pas un mois qu'elle a été employée dans les cliniques officielles. Il est donc bien difficile d'être renseigné d'une façon définitive sur son efficacité.

» La composition du vaccin de Koch reste encore un secret, soit que le Dr Koch espère le perfectionner, soit parce qu'il s'agit d'une méthode générale dont l'auteur se réserve de trouver personnellement les applications à d'autres maladies infectieuses. Il y a lieu de penser que ces suppositions sont également justifiées.

» Il paraît évident que le Dr Koch pense que sa méthode est perfectible. S'il y a fait allusion au Congrès de Berlin, c'est qu'il y était sollicité par le ministre. S'il traite dès à présent des tuberculeux, c'est qu'il lui a été impossible de s'y refuser plus longtemps.

» La préparation du vaccin semble se faire en assez grande quantité, et M. Koch le livre moyennant 25 ou 30 francs les 5 grammes. On sait que le vaccin est inoculé sous la peau du dos à doses variant de 1 milligramme à 1 ou 2 centigrammes, et qu'il fait sentir assez rapidement son action.

« Nous avons observé quelques cas exceptionnels dans lesquels l'injection a été suivie de réaction chez des sujets qui ne paraissaient pas entachés de tuberculose. Mais cette dernière est si fréquente qu'il s'agissait peut-être de tuberculose latente. On a donc raison de considérer ces premiers résultats de l'inoculation comme ayant une grande valeur diagnostique, et ce fait montre qu'il existe un lien très étroit entre le remède de Koch et les manifestations tuberculeuses.

« Mais un autre fait bien plus curieux établit encore plus sûrement pareille relation. L'effet immédiat de ces injections est parfois un *coup de fouet* donné aux manifestations tuberculeuses et cela se manifeste de façons très diverses. Souvent, le lendemain de l'injection, la région malade semble augmenter d'étendue. S'agit-il d'une tuberculose pulmonaire ? La matité devient plus considérable et, s'il s'agit d'un lupus, la tuméfaction est plus marquée, etc. Dans un cas de tuberculose laryngée, l'inoculation a été suivie de l'apparition de tubercules miliaires et de petits ulcères du voile du palais. Chez deux sujets qui paraissaient avoir eu une pleurésie simple guérie, l'inoculation a été suivie d'apparition de signes physiques indiquant la participation des poumons. Il convient de faire remarquer que ces poussées artificielles n'ont, en général, pas grande durée.

« Koch ne pensait pas au début que son remède agit directement sur le bacille tuberculeux. Il est aujourd'hui moins affirmatif et, comme d'autres auteurs, il a vu des bacilles qui lui paraissaient altérés...

« Les effets des inoculations se font sentir sur toutes les manifestations tuberculeuses. La tuberculose pulmonaire

est, elle aussi, très amendée et l'on a vu des cas pouvant faire croire à une guérison. Les premiers effets sont l'amélioration de l'état général, le retour de l'appétit, la diminution et même la disparition de la toux et de l'expectoration. Dans les tuberculoses avancées, les effets sont moins marqués et la réaction plus faible. »

M. le Dr Gabriel Pouchet lit un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Louville-la-Chenard (Eure-et-Loir).

M. le Dr A.-J. Martin donne lecture d'un rapport sur la vente au détail du vert de Scheele (arsénite de cuivre) par les marchands de couleur pour la destruction des insectes. Conformément aux conclusions de ce rapport, le comité consultatif émet le vœu que l'ordonnance qui interdit cette vente soit partout exactement appliquée.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 25 novembre 1890, M. le docteur Capuron, ancien aide-médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 25 novembre 1890, sont nommés dans le corps de santé des colonies, avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet :

Au grade de médecin de première classe. — M. Gentilhomme, médecin de première classe de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Delay, Michoud et Bouysson, médecin de deuxième classe de la marine.

M. Bourgogne, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de deuxième classe, dans le corps de santé des colonies, pour compter du 1er décembre 1890.

Asiles d'aliénés. — CONCOURS POUR L'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Ce concours a commencé, pour la région de Paris, le mardi 25 novembre, à 9 h. 1/2 du matin, à la préfecture de la Seine, sous la présidence de M. Napias, inspecteur général de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Le jury se compose de MM. Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux; J. Voisin, médecin de la Salpêtrière; Keraval, médecin de Ville-Evrard; Péan, directeur-médecin de l'Asile. Juré suppléant, M. Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). Le sujet de la composition écrite tirée par les candidats a été : *Nerf optique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Substance grise de la mœlle* (anatomie et physiologie), *Circonvolutions cérébrales* (anat. et physiologie). — Les candidats sont : MM. Blin, Colin, Marie, Thivet.

Le traitement de Koch. — La Commission médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux a proposé à l'Administration de vouloir bien envoyer à Berlin une délégation composée de MM. les Drs Solles et Denucé pour aller étudier sur place le nouveau traitement du Dr Koch.

L'eau dans les lycées. — Le ministre de l'instruction publique a adressé aux recteurs d'académie la circulaire suivante :

« Mon attention a été appelée sur les dangers que peut présenter au point de vue hygiénique, la qualité plus ou moins pure de l'eau mise comme boisson à la disposition des élèves des lycées et collèges de garçons et de jeunes filles, soit dans les réfectoires, soit dans les cours de récréation.

« Cette question mérite, en effet, toute notre sollicitude. Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien m'adresser le plus promptement possible, pour chacun des établissements d'enseignement secondaire de votre académie, un rapport faisant connaître la provenance, la composition chimique et le mode de canalisation de l'eau dont les élèves peuvent faire usage. On aura soin d'indiquer également, s'il y a lieu, le système de filtre adopté dans chaque établissement. »

Hôpital de la Pitié. — CLINIQUE CHIRURGICALE. M. le professeur Le Fort a repris son cours de clinique chirurgicale le vendredi 14 novembre 1890 à 10 heures du matin et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures, exercices cliniques sous la direction du professeur pour les élèves de quatrième et de cinquième années.

Les élèves qui désireraient y prendre part sont invités à s'inscrire auprès de M. le docteur Lejars, chef de clinique.

Hôpital Necker. — CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le docteur R. Pichevin vient d'être nommé moniteur de gynécologie à la clinique chirurgicale de Necker (emploi nouveau).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 23 au 29 novembre.* 1890 — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 0. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 33. — Choléra 0. — Phtisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 43.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 43. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 59.

Bronchite aiguë et chronique, 66. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 59.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 52.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 37. — Suicides et autre morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 146. — Cause inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine, 904. — Résultat de la semaine précédente : 864.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées Cézard, ne *constipent pas.*

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

PILULES ferrugineuses VIGIER. Malate de fer et quassia, 1 au repas

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.